

© ВОЛДЕ ТЕСФАЙЕ, 2003

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ВОЛДЕ ТЕСФАЙЕ

*Витебский государственный медицинский университет,  
кафедра госпитальной хирургии*

**Резюме.** Приведены результаты лечения хронического холецистита у 54 больных в возрасте от 60 до 85 лет. Из них 41 (75,92%) женщина и 13 (24,07%) мужчин. Из 54 человек хронический калькулезный холецистит имелся у 52-х (96,29%), некалькулезный – у 2-х (3,7%) пациентов. Холедохолитиаз выявлен у 17-ти человек (31,48%), стриктура большого дуоденального соска (БДС) – у 1-го (1,8%), механическая желтуха у 12-ти больных (22,22%), холангит – у 3-х (5,5%). Холецистэктомия выполнена у всех больных и дополнена холедохолитотомией у 17-ти (31,48%), различными видами наружного дренирования протока – у 20-ти (37,04%).

**Ключевые слова:** хронический холецистит, калькулезный холецистит, холецистэктомия, холедохотомия, сопутствующие заболевания.

**Abstract.** The results of treatment of 54 patients with chronic cholecystitis aged from 60 to 85 years were analyzed. Out of 54 elderly and old patients there were 41 (75,92%) females and 13 (24,07%) males. Chronic calculous cholecystitis was revealed in 52 (96,29%) patients, acalculous cholecystitis – in 2 patients (3,7%). Choledocholithiasis was revealed in 17 (31,48%) patients, stricture of the major duodenal papilla (MDP) – in 1 case (1,8%), mechanical jaundice – in 12 (22,22%) patients, cholangitis – in 3 (5,5%). Cholecystectomy was performed in all patients; it was supplemented with choledocholithotomy in 17 (31,48%) and different types of external drainage of the duct – in 20 (37,04%) patients.

Заболеваемость желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом и количество связанных с ними осложнений увеличивается. На сегодняшний день она достигает 40% среди заболеваний желудочно-кишечного тракта.[1,2]. Ею страдают 10-12 % населения мира, причем имеется тенденция к ежегодному увеличению. Не уменьшается и доля осложненных форм хронического холецистита, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста.

Несмотря на некоторые положительные результаты консервативного лечения хронического калькулезного холецистита, основным методом лечения является хирургический.

Тактика хирурга при оперативных вмешательствах у лиц пожилого и старческого возраста должна основываться на глубоком знании возрастных особенностей функциональных и метаболических сдвигов, которые определяют специфику реакций организма в старости на опера-

тивное вмешательство, наркоз, реанимацию, особенности регенерации тканей, течение послеоперационного периода. В старости наступает гибель значительного числа рецепторов, ослабляются рефлекторные ответы органов и тканей. В связи с этим часто ряд патологических процессов, даже при острых состояниях, протекает бессимптомно, появляются запущенные формы заболевания. Для пожилых и старых людей характерны затяжные, медленно восстанавливающиеся реакции гемодинамики, дыхания, пищеварения. Это во многом определяет длительность восстановления функций после оперативных вмешательств.

### Методы

Мы наблюдали 54 больных от 60 до 85 лет с хроническим холециститом. Среди них мужчин – 13 (24,07%), женщин – 41 (75,92%). Из 54 больных 52 (96,29%) страдали хроническим калькулезным холециститом, 2 (3,70%) бескаменным хроническим холециститом.

**Адрес для корреспонденции:** 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии – Волде Тесфайе

Диагностику хронического холецистита осуществляли на основании данных клинико-лабораторного, эндоскопического, ультразвукового исследований. Ультразвуковое исследование брюшной полости выполнялось на аппаратах SL-2 и фирмы «Siemens» (датчики 3,5 МГц, секторальное и дуплексное сканирование) и SDU-500A фирмы «Shimadzu» (линейное, трапециевидное сканирование с датчиками 3,75 МГц). Изучали функцию внешнего дыхания, выполняли бактериологические и гистологические исследования удаленного желчного пузыря и его содержимого. Всем больным проводилась предоперационная коррекция водно-электролитных нарушений, нормализация сердечно-сосудистой и дыхательной систем и их санация в течение 6-7 дней.

У всех больных была выполнена традиционная холецистэктомия (табл.1). В качестве оперативного доступа у больных со слабовыраженной подкожной жировой клетчаткой, при наличии перитонита или холецистопанкреатита, чаще применялась верхняя срединная лапаротомия у 48 (88,88%).

У остальных 6 (11,11 %) с успехом применяли косые и комбинированные разрезы по Ко-

херу, по Федорову, обеспечивающие оптимальный доступ к желчевыводящим путям и создающие удобства для дренирования брюшной полости.

### Результаты и обсуждение

При ультразвуковом сканировании обнаружены конкременты в желчном пузыре у 52 (96,29%) больных.

Клинически у всех больных наблюдались постоянные боли в правом подреберье и в эпигастриальной области. Тошнота была у 30 (55,5%), рвота - у 18 (33,33%), желтушность склер и кожного покрова - у 12 (22,22%), повышение температуры тела выше 38 °С - у 3 (5,55%), у 20 больных наблюдалось учащение пульса от 90-110 ударов в минуту и выше. Артериальное давление (А\Д): систолическое - от 120-220 мм рт.ст., диастолическое - от 60 до 110 мм рт.ст.

Картина периферической крови характеризовалась умеренным лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево. Содержание общего билирубина в крови составило от 22,3 до 350 мкмоль/л, преобладал не прямой билирубин. У 35 (64,81%) больных давность заболевания

Таблица 1

#### Характер проведенных оперативных вмешательств

Операция	Кол-во больных	%
Холецистэктомия (ХЭ)	54	100
ХЭ + холедохолитотомия	17	31,48
ХЭ+ холедохотомия	2	3,7
ХЭ+папиллосфинктеротомия	1	1,81
ХЭ+ холедоходуоденоанастомоз	8	14,81
Х.Э.+дренирование холедоха по Вишневскому и др.	20	37,07

Таблица 2

#### Заболевания при хроническом холецистите у лиц старше 60 лет

Нозологическая форма	Кол-во больных	%
Хронический калькулезный холецистит (ХКХ)	20	37,03
ХКХ + холедохолитиаз+Мех. Желтуха	12	22,22
ХКХ+ холангит	3	5,55
ХКХ + холедохолитиаз	5	9,13
ХКХ +грыжа (пупочная, паховая и др.)	6	11,11
ХКХ +хронический панкреатит	4	7,40
ХКХ +стриктура дуоденального сосочка	1	1,85
ХКХ +узловой эутириодный зоб	1	1,85
Хронический некалькулезный холецистит	2	3,70
Всего	54	100

Таблица 3

**Характер и частота сопутствующей патологии у людей пожилого и старческого возраста, больных хроническим холециститом**

<b>Сопутствующие заболевания</b>	<b>1 группа (от 60 – 74 лет)</b>	<b>%</b>	<b>2 группа (выше 75 лет)</b>	<b>%</b>
ИБС, кардиосклероз	10	18,5	4	7,40
Гипертоническая болезнь	4	7,40	1	1,85
Заболевания легких	8	14,8	2	3,70
Сахарный диабет	2	3,70	-	-
Ожирение	3	5,55	-	-
Пиелонефрит	1	1,85	-	-
Прочие	5	9,25	2	3,70

ния составила 2-10 лет. Длительно существующий калькулезный холецистит у 20 больных сопровождался холедохолитиазом (табл. 2).

При подозрении на холедохолитиаз, т.е. при наличии приступов боли, сопровождающихся желтухой, явлениями панкреатита, повышением уровня билирубина в крови, повышением уровня амилазы крови, щелочной фосфатазы и при интраоперационных признаках холедохолитиаза, расширение гепатикохоледоха более 10 мм в диаметре, при наличии многочисленных и мелких (3 мм и менее) камней в желчном пузыре, было произведено 10 (18,5%) интроскопических холангиографий, с последующим дренированием гепатикохоледоха у 20 (37,03%) пациентов.

Папиллосфинктеротомию (ПСТ) мы выполняли по общепринятым показаниям достаточно ограниченному количеству пациентов - 1 (1,85%) больному, исходя из того, что ПСТ разрушает сфинктеральный аппарат и способствует развитию рефлюкс-холангита и панкреатита. У 8 больных (14,81%) выполнен холедоходуоденоанастомоз.

В качестве сочетанных операций у больных были выполнены: резекция 2/3 желудка – 1 (1,85%) больной, грыжесечение по поводу паховых, пупочных, послеоперационных вентральных грыж у 6 (11,1%) больных.

У больных имелись сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС), кардиосклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы, мочекаменная болезнь (МКБ) и др. (табл.3).

По нашим данным, 96,29% случаев хронического холецистита явилась желчнокаменная болезнь. После операции летальных исходов не было.

Таким образом, тщательная предоперационная подготовка, направленная на лечение сопутствующих заболеваний, и операция в холодном периоде, позволяют снизить послеоперационную летальность при хроническом холецистите у больных пожилого и старческого возраста, а, следовательно, предотвратить развитие деструктивного холецистита и его осложнений.

### Литература

1. Опыт лапароскопической холецистэктомии при калькулезном холецистите А.Д. Мясников, А. И. Бежин, А.А. Бондарев и др. // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 2000. - N11. - С. 24-27.
2. Смирнов Е.В. Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях. М.: Медицина 1976. - С. 20-34.
3. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С. Л. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 2001. - N3. - С.15-18.
4. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., и др. // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 1999. - N2. - С. 29-62.
5. Гришин И.Н. Холецистэктомия: Практическое пособие. - Мн.: высшая школа, 1989. - 219с.
6. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. - Уфа: БГМУ, 1997. - 219 с.
7. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. - М.: Медицина, 1987.
8. Хирургия печени и желчевыводящих путей / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.. - Киев, 1993. - С.236-320.

Поступила 20.12.2001 г.

Принята в печать 10.01.2003 г.